

DE

N° 29

LA TORSION DU PÉDICULE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(*Observations inédites*)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier

LE 4 AVRIL 1895

PAR

Auguste ASTRUC

Né à Avèze (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. DUBRUEIL (*).
Id. LAPEYRE (Ch. du c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Médecine légale et toxicologie.....	N....
Id. DUCAMP (Ch. du c.)	

PROFESSEUR HONORAIRE: M. JAUMES.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. SERRE	MM. BROUSSE	MM. DUCAMP
BAUMEL	SARDA	RAUZIER
GERBAUD	ESTOR	LAPEYRE
GILIS	LECERCLE	MOITTESSIER

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE:

MM. TEDENAT, *président*.
GRYNFELTT.
SERRE.
LAPEYRE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU MEILLEUR DES PÈRES

Souvenir de piété filiale.

A MON EXCELLENTE MÈRE

Hommage de gratitude et d'affection.

A. ASTRUC.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE PATERNEL
ET DE MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A. ASTRUC.

A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

L'ABBÉ ASTRUC ET LE DOCTEUR SAGNIER

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. ASTRUC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A. ASTRUC.

INTRODUCTION

L'étude « de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire », commencée par Rokitansky en 1840, a donné lieu dans ces dernières années à de très nombreuses communications de la part de chirurgiens éminents.

Chacun a choisi, parmi les observations relevées dans sa pratique, les types nouveaux de torsion du pédicule qui n'avaient pas été décrits, et chacun a émis son opinion sur le mécanisme suivant lequel la torsion du pédicule doit s'opérer.

Plusieurs observations inédites sur ce sujet, mises gracieusement à notre disposition par M. le professeur Tédénat, nous ont paru intéressantes à publier.

Nous en avons fait notre sujet de thèse inaugurale.

Nous nous inspirons, pour en tirer quelques conclusions pratiques, des savantes communications de Terrillon, Boursier, Chalot, Thornton, Simpson, etc., et des thèses qui ont déjà traité ce sujet. C'est dire que notre travail ne sera pas absolument nouveau. Mais, guidé par les conseils éclairés de celui qui nous l'a inspiré, nous ferons tous nos efforts pour essayer de le rendre utile.

A cette fin, nous résumerons, aussi bien que possible, tout

ce qui a été dit sur la question, et nous en déduirons les conclusions qui nous paraîtront les plus rationnelles.

Nous adressons nos meilleurs remerciements à M. le professeur Tédénat, auquel nous devons l'idée première de ce travail, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse ; nous exprimons notre reconnaissance à MM. les professeurs agrégés Ducamp, Lapeyre et Estor, pour les marques de sympathie qu'ils nous ont témoignées pendant le cours de nos études.

DE

LA TORSION DU PÉDICULE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

(OBSERVATIONS INÉDITES)

I

HISTORIQUE

Rokitansky a eu le mérite de signaler pour la première fois la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Il est vrai que cette complication avait été soupçonnée par Ribbentropp, Hardy, Wiligk et Patruban ; mais elle n'est entrée dans le domaine de la chirurgie abdominale, pour être bien étudiée, qu'après la communication que Rokitansky fit sur ce sujet en 1860 à la *Société silésienne pour l'avancement des sciences*.

Ce dernier auteur établit la première statistique ; il nota 8 cas de torsion du pédicule sur 58 cas de kystes de l'ovaire. Mais ses constatations n'avaient été faites qu'à l'autopsie. Comme le dit M. Terrillon : « Cette connaissance de l'étranglement du pédicule, regardée d'abord comme une simple curiosité anatomique, permit, lorsque l'ovariotomie entra dans

la pratique, d'expliquer et d'attribuer à la torsion du pédicule certains accidents qui avaient nécessité l'intervention chirurgicale. »

C'est à Olshausen, Spencer Wells et Lawson-Tait que revient l'honneur d'avoir fait le diagnostic avant de pratiquer la laparotomie.

De nombreuses publications sur ce sujet ont été faites après ces auteurs.

Nous nous faisons un devoir de citer les principales et les plus récentes :

M. Thornton Knowsley dans diverses publications : 1877, 1878, 1881, 1883, 1888.

A cette dernière date se rapporte une statistique de Thornton : *Rotation of ovarian tumours.*

American Journal of the med. sciences.

Olshausen. — *Des Tumeurs de l'ovaire*, 1886.

Terrillon. — *De la Torsion du péd. des kystes de l'ovaire.* Congrès français de chirurgie, octobre 1886.

Leçons de clinique chirurgicale, 1887.

Remy (de Nancy). — Thèse d'agrég., 1886.

Parizot. — Thèse de Paris, 1886.

Chalot. — *Kyste de l'ovaire transplanté ; accidents du nouveau pédicule* (*Annales de gynécologie*, 1887).

Reboul (de Marseille). — *Diagnostic de la torsion du péd. des kystes de l'ovaire* (*Mercredi médical*, septembre 1890).

Mouls. — Thèse de Paris, 1890.

Lawson-Tait. — *Torsion du péd. des kystes de l'ovaire.* Rapport dans la *Semaine médicale*, 1891.

Boursier. — *De quelques formes cliniques de la torsion du péd. des kystes de l'ovaire.* Congrès français de chirurgie. Paris, 1892.

Imbert. — *Montpellier médical*, 1892 (*Quelques considérations sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*).

Boiffin (de Nantes). — *De la Torsion du péd. des kystes de l'ovaire* (*Arch. prov. de chirurgie*, Paris, 1893).

Simpson. — *Trois cas de torsion du péd. de tumeurs ovariques* (*Edinb. medical Journal*, août 1894).

II

ÉTIOLOGIE

Les causes qui ont été assignées à la rotation des tumeurs de l'ovaire autour de leur axe varient suivant les auteurs. Cela tient à ce que les causes et le mécanisme de la torsion sont très difficiles à préciser dans chaque cas, et il n'a pas été possible d'établir une étiologie commune.

Le changement d'attitude et les mouvements brusques du corps, les ébranlements de l'abdomen, la palpation pour exploration médicale ou autre, enfin les pressions exercées sur le ventre, paraissent une cause assez fréquente de cet accident.

L. Tait admet l'influence de la distension et de l'évacuation alternative du rectum. Il cite à l'appui neuf cas de torsion, sur dix qu'il a observés, où la rotation a eu lieu de gauche à droite, c'est-à-dire que la face antérieure de la tumeur s'est déplacée de gauche à droite, tandis que la face postérieure a subi un mouvement inverse de droite à gauche. « Cette cause, dit L. Tait, agirait certainement plus sur les tumeurs qui occupent le côté droit, que sur celles du côté gauche, car les premières sont fixées de façon que la force expulsive du rectum arrive dans la direction oblique exigée, dans le plan d'une hélice et presque à angle droit de l'axe du mouvement. »

Dans les observations de Rokitansky, on remarque dans les quatre cinquièmes des cas que les tumeurs étaient situées du côté droit, et, dans une plus grande proportion, la torsion s'était faite de gauche à droite.

M. P. Segond, dans l'article « Kyste de l'ovaire » du *Traité de chirurgie*, dit que, si l'on admettait la théorie de L. Tait, « la torsion des kystes devrait se produire dans la majorité des cas; or il est loin d'en être ainsi. Je pense donc avec Heurtaux et Quénu que la théorie de L. Tait mérite un crédit limité. »

Quant à la nature de la tumeur, elle n'influe en rien sur la torsion du pédicule. « Elle est survenue, dit L. Tait, avec des tumeurs de toute espèce, volumineuses, lisses, globulaires, multikystiques, irrégulières, parovariennes, ovariennes, dermoïdes, enfin, avec des tumeurs fibreuses solides. Pour qu'elle puisse se faire, il suffit que les tumeurs soient mobiles et aient un pédicule susceptible d'être tordu. » Rokistanky, Olshausen, et la plupart des auteurs, admettent pourtant que la torsion du pédicule est plus fréquente avec des kystes dermoïdes, toute proportion gardée.

Pour Fränkel, la cause la plus fréquente, prédisposant à la torsion du pédicule, résiderait dans un accroissement inégal, irrégulier, des kystes de l'ovaire. Cela amène un déplacement du centre de gravité de la tumeur et sa rotation autour de son axe. Ce même auteur fait jouer un rôle aux adhérences préexistantes, qui, dans le développement du kyste, le dirigent de telle façon qu'il tourne autour de son pédicule.

Terrillon a opéré trois malades atteints de kystes avec torsion du pédicule, chez lesquelles la tumeur s'était déplacée d'un côté à l'autre de l'abdomen. Ce déplacement serait, d'après lui, une des causes principales de la torsion.

Le trouble circulatoire, associé à l'écoulement menstruel, a été noté dans l'étiologie, mais on n'a pas pu établir son importance d'une façon précise.

L'utérus gravide, ou la coexistence d'une autre tumeur abdominale, ont une influence assez marquée pour faciliter et même produire la torsion du pédicule. Ce sont des circon-

stances fatales de déplacement pour le kyste, condition essentielle pour amener la torsion.

L'accouchement lui-même change brusquement les rapports des organes du bassin et permet à une tumeur abdominale de se mouvoir plus librement.

On a fait jouer un rôle important à la ponction des kystes dans le sujet qui nous occupe.

Malins et Thornton ont publié plusieurs observations où la torsion du pédicule est survenue après la ponction de la tumeur.

Schroeder rapporte même le cas très intéressant de l'atrophie d'un kyste de l'ovaire, survenue après une ponction, grâce à la torsion de son pédicule. Il constate ce fait en opérant, dix ans plus tard, un kyste développé du côté opposé.

La tumeur atrophiée présentait un pédicule tordu d'une demi-circonférence, et était constituée par deux kystes : l'un renfermant un liquide fluide jaunâtre, l'autre rempli par une masse comparable à de la moutarde (*Berlin. klin. Woch.*, 1880).

L'observation II de la thèse de Parizot (Paris 1886), prise dans le service de M. le Dr Péan, nous fournit un bel exemple de torsion du pédicule consécutive à une ponction.

La malade de Schroeder, qui a vu son kyste atrophié après la ponction et grâce à la torsion du pédicule, est une exception peut-être unique. Il faut, quand on ponctionne, mettre la malade dans les meilleures conditions possibles pour éviter l'accident de la torsion, prescrire le repos absolu, au lit, pendant plusieurs jours, et faire, en outre, une bonne compression de l'abdomen avec une épaisse couche de ouate et un bandage de flanelle. Pour plus de prudence, et pour ne pas imprimer des mouvements à la malade, M. Terrier passe la ceinture sous les reins avant de faire la ponction.

L'action prédisposante de certains caractères anatomiques

de la tumeur paraît moins discutable que l'influence de plusieurs causes que nous venons de passer en revue. On n'aura aucune peine à admettre qu'une tumeur petite, incomplètement développée, soit spécialement apte à tourner sur son pédicule; sur 57 cas, qui constituent la statistique de Thornton, 36 fois, le poids de la tumeur était inférieur à 10 livres anglaises.

Schröder, Hofmeier, Breisky et Stambourg ont cependant vu la torsion se produire dans des cas de tumeurs très volumineuses.

La longueur et la gracilité du pédicule constituent également un facteur important qui a été souvent noté dans la statistique de Thornton.

Dans un cas de M. Tédénat, il existait un kyste prolifère papillaire dans chaque ovaire. Ces deux kystes, ayant chacun le volume d'une tête de fœtus à terme, étaient pourvus d'un long pédicule mince; la malade avait éprouvé, à deux reprises, des accidents péritonitiques assez graves. M. Tédénat l'opéra à la fin d'une troisième attaque. Le pédicule du kyste droit s'était tordu sur lui-même de deux tours, et la tumeur était passée en avant et à gauche du pédicule du kyste gauche. Ces deux kystes adhéraient l'un à l'autre et le kyste droit, dont le pédicule était tordu, contenait du sang et présentait des plaques de nécrose. Malgré des adhérences nombreuses à l'intestin grêle et à l'épiploon qui nécessitèrent une dizaine de ligatures, la malade fit une guérison rapide. (Observation recueillie par M. Vieu.)

M. Tédénat a opéré quatre fois pour des kystes des deux ovaires, tous papillaires, et, malgré la longueur des pédicules, dans tous les cas, il n'a vu qu'une seule fois la torsion se produire.

Dans un cinquième cas de kystes papillaires des deux ovaires, coïncidant avec un gros myome de l'utérus et opéré

par M. Tédénat le 5 janvier 1895, le pédicule du kyste droit avait subi une torsion de deux tiers de circonférence; la tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était distendue par un liquide séro-hématique. Guérison rapide. (Observation recueillie par M. Fuster.)

Imbert, interne des hôpitaux de Montpellier, a publié, dans le *Montpellier médical*, 1892, un cas intéressant, au point de vue de l'étiologie, de torsion du pédicule, pris dans le service de M. Tédénat. Il s'agissait d'un kyste développé au-dessous de la trompe, en dedans de l'ovaire. « Le ligament de l'ovaire avait contracté avec la tumeur des adhérences si intimes qu'il s'était presque identifié avec elle; d'un autre côté, ce même ligament adhérent à l'ovaire était rattaché par le fait même, aux parois pelviennes auxquelles l'ovaire était uni par des brides fibreuses assez résistantes. Le ligament de l'ovaire ne suivant pas un allongement progressif concordant avec l'augmentation de volume du kyste a dû forcément tirer sur la tumeur; par sa situation même, son action tendait à porter la face antérieure en arrière et en dehors, c'est-à-dire à entraîner le kyste dans la direction où s'est effectuée la rotation. Que cette cause n'ait pas été la seule, nous l'admettons sans peine, mais le ligament de l'ovaire a dû exercer une influence sur la direction de la rotation. »

Avant de terminer ce chapitre d'étiologie, afin de donner un aperçu de la fréquence des cas de torsions du pédicule, nous reproduisons les statistiques connues, en y ajoutant celle du professeur Tédénat, de Montpellier.

Rokitansky	58	kystes de l'ovaire	8	torsions.
Schroeder	194	—	27	—
Thornton	400	—	34	—
Howitz	56	—	13	—
Olshausen	322	—	21	—
Péan	130	—	8	—
Terrillon	150	—	9	—

Sur 261 laparatomies faites pour des tumeurs de l'ovaire,
M. Tédénat a trouvé :

- 10 tumeurs solides,
- 15 tumeurs incluses dans le ligament large,
- 17 kystes dermoïdes,
- 20 kystes à végétations papillaires,
- 6 malades atteintes de kystes bilatéraux,
- 199 kystes prolifères glandulaires.

Il a constaté dans 12 cas, une torsion très nette du pédicule ; dans plus d'un cas la torsion a dû passer inaperçue.

Les proportions sont donc les suivantes :

Rokitansky, 13,7 pour 100 ; Schroeder, 13,9 pour 100 ;
Thornton, 8,5 pour 100 ; Howitz, 23,2 pour 100 ; Olshausen,
6,5 pour 100 ; Péan, 6,1 pour 100 ; Terrillon, 6,00 pour 100 ;
Tédénat, 4,6 pour 100.

A part la statistique d'Howitz, où le chiffre des torsions paraît exagéré, on voit que la proportion est décroissante, et cela peut s'expliquer ainsi :

L'antisepsie bien faite diminue considérablement les dangers de la laparatomie, et cette idée répandue dans le public fait décider les malades, atteintes de kystes, à accepter plus tôt l'opération. Les chances de torsion sont amoindries de ce fait.

III

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Le pédicule des kystes de l'ovaire est le lien qui rattache la tumeur au reste de l'organisme, et qui lui sert, au moins pendant les premières périodes de son évolution, à la fois de moyen de fixité et de moyen de nutrition.

Il est ordinairement constitué par une portion du ligament large, du ligament de l'ovaire et généralement par la trompe, dont une partie s'applique sur la face superficielle de la tumeur. Quelquefois la trompe n'est reliée au kyste que par des ligaments fibreux.

Le point le plus rétréci du pédicule est ordinairement au niveau de ce qu'on a appelé le ligament infundibulo-pelvien ou repli du péritoine, qui s'étend de la paroi pelvienne à l'ovaire, et par où les vaisseaux abordent l'organe.

Les vaisseaux du pédicule sont très volumineux, les artères sont fournies par l'utéro-ovarienne et aussi par sa branche anastomotique avec l'utérine, quand le kyste vient s'accoler à l'utérus.

Les artères du pédicule gardent entre elles les mêmes rapports que les artères d'où elles émergent ; sur le bord interne ce sont les branches de l'utérine, sur les bords externes ce sont les branches de l'utéro-ovarienne.

Le nombre et le calibre des vaisseaux varie avec le volume du pédicule ; pour un pédicule long et grêle, les artères sont peu nombreuses et volumineuses ; on observe la disposition inverse dans les pédicules courts et larges.

Les veines sont plus grosses que les artères et en suivent le trajet. Elles possèdent des parois épaisses et très musculaires, ce qui les a souvent fait prendre pour des artères. Sur certains points, les veines se confondent avec les tissus qui les entourent et rappellent la disposition des tissus de la dure-mère.

Les lymphatiques sont très nombreux dans les parois, et se continuent avec ceux des ligaments larges.

L'existence de nerfs dans le pédicule, discutée par Vercoutre, est admise par Hégar et Kaltenbach dans tous les cas.

Schröder en trouva un du volume du cubital.

Tous les éléments du pédicule sont réunis entre eux par du tissu conjonctif fibrillaire, et quelquefois aussi, par des fibres musculaires lisses ; le tout est recouvert par le péritoine.

Très variable d'épaisseur, de largeur et de longueur, ce pédicule peut être à peine isolable entre les doigts ou, au contraire, très long et très grêle.

Nussbaum, Spencer Wells et Werth, ont décrit des pédicules doubles. « Cette disposition est due à ce qu'il se produit une sorte de clivage dans le ligament large distendu, entre le ligament de l'ovaire et la trompe, ou bien entre ses deux ailerons et le ligament infundibulo-pelvien. » (Hégar et Kaltenbach).

Nous avons vu, dans le service de M. Tédénat, un kyste à pédicule double, mais il résultait de la fusion intime de deux kystes occupant l'un l'ovaire droit, l'autre l'ovaire gauche. Le kyste ovarique droit, du volume de deux poings, contenait une touffe de poils et deux dents ; le kyste gauche était un kyste prolifère glandulaire, du volume d'une tête d'adulte. Ce dernier avait un pédicule long de 5 centimètres, large de 3 centimètres ; le kyste dermoïde avait un pédicule long de 10 centimètres et du volume du doigt ; il paraissait distendu, et était très pauvre en vaisseaux. La malade guérit.

M. Tédénat a opéré, avec succès, le 20 avril 1891, une femme de trente-sept ans, présentant un gros kyste du parovarium droit à végétations papillaires intra et extra-kystiques adhérent à l'utérus. L'ovaire gauche microkystique du volume d'une mandarine adhérait fortement au kyste droit, et présentait une torsion légère de son pédicule. (Examen microscopique fait par M. le professeur Kiener.)

Le pédicule peut se tordre lentement ou brusquement. Le nombre de tours peut être de $1/2$ jusqu'à 5 ou 6. La moyenne est de 2 ou 3. Comme on pourrait le supposer au premier abord, la gravité des accidents occasionnés par la torsion n'est pas toujours en rapport avec le nombre de tours du pédicule. Un demi-tour et une bride membraneuse peuvent provoquer l'étranglement et la séparation du kyste.

La torsion se fait le plus souvent de dedans en dehors. Cela veut dire que la face antérieure de la tumeur est devenue externe, postérieure et interne successivement, pour évoluer un tour complet.

Sp. Wells a observé des rotations de dedans en dehors, de dehors en dedans, et même des rotations obliques en avant ou en arrière.

Olshausen est un des premiers qui ait insisté sur la possibilité de la rotation, en sens inverse, d'une tumeur kystique de l'ovaire ayant subi une torsion du pédicule. Terrillon, Ribbentropp, Thornton, Fränkel, etc..., ont signalé des faits de ce genre.

Quels sont donc les phénomènes consécutifs à la torsion ?

Au point de vue vasculaire, la torsion lente produit une gêne de la circulation, la torsion brusque un arrêt de la circulation. Les effets de la gêne circulatoire, amenée par la torsion lente du pédicule, sont analogues à ceux que produirait un lien placé sur ce pédicule. Si ce lien n'est pas très serré, la circulation est gênée dans les veines, et la pression vascu-

laire est augmentée dans les artères. C'est ce qui arrive dans le système circulatoire du kyste; de là, infiltration sanguine dans l'épaisseur des parois de la tumeur et du pédicule.

On pourra voir apparaître un œdème du pédicule et de la tumeur, une transsudation séreuse qui gonfle les parois et favorise la production des adhérences. Si la constriction survient très progressivement, la nutrition diminue, et le kyste peut subir la dégénérescence graisseuse ou calcaire. Rokitansky, Turner et L. Tait, en ont cité des cas.

Breisky l'a constaté une fois, d'une façon très nette. Il avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire remontant au-dessus de l'ombilic.

Après une première crise douloureuse très intense, il constata une augmentation de la tumeur; peu après, une diminution de la tumeur. Neuf mois après, la tumeur avait le volume d'une tête d'enfant.

Six ans plus tard, elle était grosse comme un œuf de poule.

Malheureusement, ce cas est une exception, et il se forme le plus souvent entre le kyste et les organes voisins, ou la paroi abdominale, des adhérences vasculaires suffisantes pour la nutrition du kyste.

Si nous supposons que l'on serre fortement le lien sur le pédicule, ce qui correspond à la torsion brusque, voici ce qui se passe pour le pédicule et pour la tumeur :

Les veines, plus superficielles et moins résistantes, par leur structure, que les artères, sont comprimées. Celles-ci, quelque brusque que soit la torsion, laissent encore arriver le sang pendant un temps plus ou moins long.

On s'explique facilement l'accroissement rapide de la tumeur à ce moment.

La circulation en retour est abolie, tandis que le sang artériel arrive sous une plus forte pression. Les veines se distendent démesurément jusqu'à ce que leurs parois, trop faibles

pour résister à la pression toujours croissante, laissent échapper le liquide sanguin, soit dans le kyste, soit dans sa paroi, en formant une vaste ecchymose, soit dans la cavité abdominale.

Il y a alors hémorragie interne.

Spencer Wells, cite plusieurs exemples d'hémorragies rapides, graves, et mêmes mortelles, survenues par ce mécanisme.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Tédénat par M. Chavériat, montre les dangers de pareilles hémorragies :

Femme de vingt-huit ans, présentant une tumeur kystique du volume d'une tête de fœtus à terme (février 1886). M. Tédénat propose l'opération qui est refusée ; le 10 mai, douleurs vives, augmentation rapide du volume du ventre, nausées, vomissements, symptômes d'hémorragie interne (pouls petit, pâleur extrême). Le 12, à la suite de lavements, d'injections sous-cutanées de sérum artificiel, une amélioration se produit. Le 14, laparotomie ; kyste à surface ecchymotique remontant à trois doigts au-dessus de l'ombilic, avec adhérences récentes à l'épiploon. Torsion d'un tour et demi du pédicule qui est infiltré de sang, surtout en aval du point de torsion. Opération rapide et sans incidents. Guérison avec un mince abcès de suture. Kyste à poches multiples, quelques-unes remplies de caillots sanguins.

L'hémorragie a rarement lieu dans la cavité abdominale directement. C'est le plus souvent dans le kyste, ou dans sa paroi, que le sang s'épanche.

Mais la circulation ne tarde pas à s'arrêter complètement. Les artères sont comprimées à leur tour par la torsion brusque. On remarque alors qu'au-dessus de l'étranglement, sur le pédicule, il se produit un sillon d'élimination, et bientôt le pédicule prend la coloration grisâtre, l'aspect feuille morte, caractéristique de la gangrène. Le pédicule peut se séparer complètement, mais ce n'est pas très fréquent. Sur 5,153 ova-

riotomies, dont la statistique figure dans l'ouvrage de Hayes Agnew (*The principles and practice of surgery*, 1881), Baumm ne relate que cinq cas.

Chalot, en 1887, a publié une observation de kyste transplanté, dans les *Annales de gynécologie*, et a établi le chiffre de 28 cas, connus à la science, parfaitement authentiques et indiscutables.

A ces cas, nous pouvons ajouter le suivant, dont l'observation a été recueillie par M. Fuster dans le service de M. Tédénat :

Kyste de l'ovaire avec torsion et section complète du pédicule. — État nécrotique de la poche. — Ovariectomie. — Guérison. — Trois semaines après, appendicite suppurée suivie de mort.

Marie F..., cinquante ans, entrée le 10 juillet 1894 (service de M. Tédénat), toujours santé médiocre. Régée à seize ans, accouchements normaux à vingt et à vingt-quatre ans. N'est pas réglée depuis quatre ans, a eu à plusieurs reprises, il y a cinq ou six ans, de violentes coliques avec accidents péritonitiques.

Il y a six mois, douleurs subites très vives dans le côté droit du ventre ; elles durent huit jours, accompagnées de vomissements. Tympanisme, constipation. A l'entrée, tumeur globuleuse remontant un peu au-dessus de l'ombilic, médiane, mais un peu plus développée à droite, indépendante de l'utérus.

16 juillet. — Laparatomie. Tumeur gris jaunâtre, avec de nombreuses adhérences à l'intestin. Opération rapide (douze minutes), pédicule complètement tordu, ne tenant pas à la tumeur, qui est enlevée tout d'une pièce, sans ponction préalable. Le 28 juillet, guérison complète.

Le 6 août, fièvre, légères douleurs de ventre. 15 août, matières fécales sortent par la partie inférieure de la suture. Mort le 7 octobre. M. Lapeyre, qui remplaçait M. Tédénat depuis le 4 août, constate à l'autopsie des perforations multiples du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal.

Quand la constriction n'a pas été suffisante pour produire le sphacèle, on a toujours noté une grande friabilité des tissus, point sur lequel M. Péan insiste beaucoup : « Tous ces

pédicules tordus sont petits et friables, de sorte que, en enlevant la tumeur, il faut redoubler de soins pour ne pas les arracher, les fixer avec les pinces hémostatiques courbes destinées à faire l'hémostase préventive, et ne pas serrer trop brusquement les ligatures, parce qu'ils sont sécables.

C'est dans ces conditions que l'exploration médicale peut produire la séparation du pédicule, comme Malins en a rapporté un cas.

Mais, que le pédicule soit séparé ou tordu sur lui-même, de façon à interrompre complètement la circulation, la destinée des kystes est assez variable.

Le plus souvent, d'après Terrillon, ils se sphacèlent dans les points les moins vasculaires, où la nutrition était la plus faible. On en observe d'autres, pourvus d'adhérences à nombreux ou gros vaisseaux, ou même, nourris plus abondamment qu'ils ne l'étaient par leur pédicule primitif. Ils augmentent de volume, et ont une vie physiologique normale comme avant la torsion, ou avant la séparation de leur premier pédicule. Quelques-uns restent stationnaires ou à peu près. D'autres s'accroissent encore plus ou moins pendant quelque temps, puis cessent d'augmenter de volume. Quand, après la torsion, l'apport des matériaux nutritifs est ou devient insuffisant, les kystes peuvent se ratatiner, se dessécher, et leur contenu se résorber peu à peu, comme dans l'exemple de Breisky cité plus haut; mais, quelle que soit leur transformation, s'il s'agit de kystes transplantés, s'ils ont un pédicule véritable et unique, ils peuvent être le point de départ de nouveaux accidents de torsion ou de rupture du pédicule.

Les accidents de la torsion du pédicule amènent ordinairement des modifications anatomiques du côté du péritoine, de l'intestin et du ligament large.

Sous l'influence des troubles circulatoires et de l'inflammation même du kyste pendant la torsion lente, on constate l'ir-

ritation, la congestion et l'inflammation du péritoine et de ses replis. Entre le péritoine et la tumeur, s'établissent alors des adhérences plus ou moins nombreuses, plus ou moins vasculaires, qui pourront dans certains cas suffire à la nutrition du kyste, si les vaisseaux tubo-ovariens du pédicule sont comprimés. Ces adhérences deviennent d'autant plus épaisses, d'autant plus résistantes, que l'époque de la torsion est plus éloignée. Elles peuvent s'établir aussi avec la paroi antérieure de l'abdomen, avec l'utérus, avec l'intestin grêle.

Lorsqu'il y a torsion brusque, hémorragie et rupture du kyste, on trouve dans la cavité péritonéale, et en quantité variable, du liquide séreux, gélatineux, du sang rouge ou de couleur chocolat, suivant que l'épanchement est récent ou ancien.

On peut voir se produire alors une péritonite aiguë.

La torsion occasionne quelquefois la thrombose des veines du ligament large. Quelques auteurs l'ont signalée; Terrillon en a cité une observation dans sa communication au Congrès français de chirurgie (octobre 1886).

Nous avons à signaler un dernier accident que produit quelquefois la torsion brusque, c'est l'occlusion intestinale.

Le pédicule peut s'enrouler autour d'une anse intestinale et en obturer complètement la lumière. Le même fait se produit quelquefois, si le kyste a déjà contracté des adhérences avant la torsion. Une partie de l'intestin peut s'étrangler par le tiraillement d'une adhérence.

Hardy, Ribbentropp, Rokitansky et Henry, en ont cité des exemples.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la torsion du pédicule sont généralement assez obscurs lorsqu'ils ne prennent pas l'intensité excessive qui accompagne la rotation brusque de la tumeur, et l'oblitération rapide de ses vaisseaux. C'est souvent après l'opération ou à l'autopsie, quand on constate la torsion du pédicule, qu'on établit un rapport de cause à effet entre la torsion que l'on voit maintenant, et certains phénomènes signalés par la malade, mais qui n'y ont pas fait songer. Nous allons résumer une observation, où les symptômes de la torsion ont été excessivement bénins.

OBSERVATION

résumée d'Imbert, interne des hôpitaux, prise dans le service de M. Tédénat, publiée dans le *Montpellier médical*, 1892.

C... Z..., trente ans, entre à l'hôpital le 9 novembre 1891. Pas de maladie antérieure ; menstruation à quatorze ans, irrégulière jusqu'à dix-huit ; depuis cette époque, régulière, et non influencée par la tumeur. La malade a eu deux enfants ; l'un, il y a trois ans, mort de paralysie (?), quatre mois après sa naissance ; l'autre, il y a deux ans, mort pendant l'accouchement, asphyxié par un enroulement du cordon.

C'est au cours de cette dernière grossesse que la malade a commencé à souffrir du flanc droit, et s'est aperçue qu'elle portait une tumeur du volume du poing. Les douleurs sont revenues, toujours modérées, à divers intervalles, et la tumeur a augmenté graduellement.

Le 3 novembre, au cours d'une promenade, sans cause appréciable,

elle fut prise brusquement de douleurs abdominales très vives, accompagnées de nausées et de vomissements ; ces accidents se calmèrent assez vite ; dès le lendemain, le ventre était moins sensible et les vomissements s'arrêtaient ; le surlendemain, tout accident avait complètement disparu. La malade, sans pouvoir préciser exactement, affirme que cette crise est survenue à l'époque des règles.

La deuxième crise douloureuse eut lieu le 10 novembre en pleine période intermenstruelle ; elle se caractérisa par de fortes douleurs abdominales avec vomissements alimentaires. Durée deux jours. Pas d'accroissement sensible de la tumeur au cours de ces deux périodes douloureuses.

Examen de la malade le 9 novembre.

M. Tédénat diagnostique un kyste de l'ovaire. Nous noterons seulement que la tumeur était mobile.

Opération le 14 novembre.

On trouve le pédicule tordu deux fois sur lui-même et de gauche à droite.

La paroi du kyste est fortement œdématiée, et l'on trouve en certains points de véritables hémorragies interstitielles. Dans le pédicule on trouve des vaisseaux à parois très épaissies ; les veines sont oblitérées par des caillots cruoriques paraissant dater de quelques jours. Il n'y avait presque pas d'adhérences, celles qui existaient étaient molles et facilement séparables.

Le diagnostic de torsion du pédicule n'avait pas été établi avant l'opération et ne pouvait pas l'être d'une façon précise. La torsion s'est effectuée probablement au moment des crises douloureuses du 3 et du 10 novembre, à moins qu'on ne la rattache à une date antérieure qui n'aurait été marquée par aucun accident. Les adhérences molles et rares de la tumeur plaident en faveur d'une torsion récente. Dans cette hypothèse, on voit que les symptômes de la torsion ont été réduits à des vomissements et à des douleurs abdominales dont l'acuité ne rappelait nullement les paroxysmes douloureux qui accompagnent une torsion brusque. Lorsque, comme c'était le cas, ces accidents ne s'accompagnent pas de volume apparent de la

tumeur, on en est forcément réduit à des conjectures et à des suppositions plus ou moins justifiées sur leur cause réelle.

Un détail important à noter dans cette observation, c'est que les douleurs sont arrivées à l'époque des règles. Mais les deux crises ont été très rapprochées et ont eu la même durée et la même intensité.

Dans l'observation suivante, M. Tédénat diagnostiqua la torsion avant d'opérer et trouva dans ce diagnostic l'indication formelle d'opérer sans retard.

OBSERVATION

recueillie par M. Fuster dans le service de M. Tédénat

P... (Félicie), vingt et un ans, institutrice, demeurant à Cette. Santé générale bonne. Réglée à douze ans. Menstruation régulière, peu abondante durant trois jours, sans leucorrhée.

Il y a cinq ans, suppression des menstrues pendant quatre mois, après lesquels elles reviennent un peu douloureuses et plus abondantes, toujours sans leucorrhée.

Il y a deux ou trois mois, la malade remarque une légère augmentation du volume du ventre, surtout à gauche.

Il y a un mois environ, vive douleur dans le bas-ventre au niveau de la tumeur qui, à ce moment, a augmenté très sensiblement de volume. Les douleurs sont accompagnées de nausées, durent sept ou huit jours, et depuis lors la malade éprouve un peu de gêne dans les mouvements avec une sensation pénible dans les reins et le bas-ventre. Consulté le 15 novembre, M. Tédénat porte le diagnostic de kyste ovarique et attribue les accidents éprouvés à une torsion du pédicule. Il conseille l'opération immédiate.

La malade entre à l'hôpital le 28 novembre 1894. État général satisfaisant. Ventre globuleux avec tumeur mobile, fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic, indépendante de l'utérus. Le toucher rectal permet de reconnaître l'intégrité des annexes gauches. On diagnostique kyste de l'ovaire droit.

3 décembre. — Laparotomie, péritoine épaissi. Tumeur rouge ecchymotique adhérent fortement à la paroi abdominale antérieure, à l'épiploon, à l'intestin grêle. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-

même de gauche à droite. Tumeur à plusieurs loges remplies de sang. Le 18 décembre la malade sort guérie.

Thornton a observé chez une femme de vingt-six ans, six mois avant la torsion définitive, des accès douloureux, violents, survenus deux jours avant la menstruation. Ces douleurs se reproduisent au moment des autres menstrues, en diminuant d'intensité. Le sixième accès fut d'une intensité extrême, et il ne présenta plus la rémission complète qui suivait les précédents.

Olshausen a observé un cas semblable chez une femme de trente-huit ans :

Deux jours avant sa menstruation, douleurs atroces qui obligent la malade au repos. Les règles furent normales, et les douleurs diminuèrent sans disparaître complètement. Le mois suivant, apparition des mêmes, douleurs qui s'accompagnèrent cette fois de fièvre et de vomissements ; puis ces douleurs disparurent presque complètement, sans permettre à la malade de quitter le lit ; le moindre mouvement exaspérait les souffrances. Bientôt apparurent des sueurs nocturnes et de la diarrhée, la malade tomba dans le marasme et accepta l'opération qu'on lui proposait. La tumeur qui avait rapidement augmenté de volume dans les derniers temps, était un kyste de l'ovaire du poids de 10 kilogrammes, avec des adhérences multiples, en particulier avec l'intestin. Le pédicule était tordu une seule fois, la malade guérit.

Mouls, dans sa thèse de doctorat, rapporte une observation à peu près analogue. C'est le numéro II de son travail.

La malade, âgée de vingt-huit ans, et jusque-là d'une bonne santé, éprouva pour la première fois, au mois de septembre 1889, au moment de ses règles, une douleur violente dans le ventre, suivie de vomissements. Ces symptômes se calmèrent peu à peu, mais réapparurent le mois suivant avec un peu moins d'intensité.

A l'opération, on trouva un kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule était tordu deux fois sur lui-même.

L'explication de ces phénomènes a donné lieu à plusieurs hypothèses que l'on peut résumer ainsi :

1° La torsion est produite lorsque la malade éprouve les premières douleurs, et celles-ci seraient dues à l'afflux congestif qui accompagne les règles ;

2° Ou bien la torsion commence à se produire avec la première crise et se continue avec les crises suivantes. Les périodes d'accalmie s'expliqueraient par une sorte d'accoutumance ou par la détorsion du pédicule, qui reviendrait à son état normal après la crise et recommencerait la rotation quand la crise suivante se produirait.

Les observations rapportées ci-dessus ont cela de commun que les crises aiguës ont toujours coïncidé avec les règles et se sont répétées à chaque époque menstruelle. L'intervalle des crises était relativement court.

Nous allons faire connaître une nouvelle forme clinique d'accidents de la torsion, en résumant une observation de Boursier.

OBSERVATION

résumée de Boursier, communiquée au Congrès français de chirurgie,
avril 1892.

Marie G...., trente-trois ans, pas d'antécédents. Réglée à quinze ans. Un seul enfant il y a treize ans. Depuis lors, elle a toujours un peu souffert du ventre, mais ces dernières années, elle a eu une série de crises douloureuses très vives.

Première crise, mars 1889. — Sans traumatisme ni cause appréciable, en dehors des règles, elle fut prise de douleurs très intenses, localisées d'abord sur le côté droit de l'hypogastre et vite généralisées dans tout le bas-ventre. Vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux ; constipation opiniâtre. Pas de fièvre. La crise dure deux jours, elle finit après le rétablissement des selles. Le médecin pense tout d'abord à l'obstruction intestinale, mais il constate pour la première fois l'existence d'une tumeur située à droite de l'utérus et du volume

d'une grosse orange environ. Elle est arrondie, lisse, résistante et mobile.

Deuxième crise, mars 1890. — Mêmes caractères que la première, mais a duré de cinq à six jours.

Troisième crise, décembre 1890. — Douleurs intenses généralisées à tout l'abdomen. Vomissements verdâtres, constipation opiniâtre les trois ou quatre premiers jours de la crise.

Quatrième crise, août 1891. — Nettement provoquée par un effort violent. Les phénomènes ont encore augmenté d'intensité et de durée; baillonnement du ventre considérable; vomissements porracés; fièvre assez modérée, mais continue. Les douleurs ne disparaissent pas avec la cessation de la constipation. Depuis cette crise, elle ne s'est pas tout à fait rétablie et n'a pu reprendre ses occupations.

Après l'examen, « je porte le diagnostic de kyste de l'ovaire du côté droit; mais, tout en étant frappé du petit volume relatif de ce kyste (environ le volume d'une tête de fœtus à terme), que je m'explique mal, et de la fréquence des crises douloureuses qu'il a provoquées, je ne songe nullement à l'existence d'une torsion du pédicule. Néanmoins, à cause de ces symptômes, je conseille à la malade d'entrer à l'hôpital pour y subir l'ovariotomie. »

Opération le 27 novembre. La malade part guérie vingt-deux jours après.

Le pédicule, assez court et comprenant la trompe, a exécuté une rotation d'un tour et demi environ. Il est arrondi, friable, et, sur sa partie supérieure et antérieure, présente des plaques de couleur brunâtre, feuille morte, trace évidente d'un travail de sphacèle en voie d'évolution. La paroi du kyste est d'une coloration rouge assez foncée, très tendue, et présente un certain nombre d'adhérences. Le liquide du kyste est épais, sirupeux, noirâtre, couleur marc de café, manifestement hémorragique et sans odeur. »

Boursier, après les renseignements fournis par la malade, ne songeait nullement à l'existence d'une torsion du pédicule.

En effet, on ne constate pas d'ordinaire dans les formes dites lentes de la torsion pédiculaire, des crises si nombreuses d'accidents aigus, séparés par des intervalles aussi prolongés de retour à la santé. Pozzi signale le fait dans son

Traité de gynécologie: « Le plus souvent, dit-il, cette torsion progressive s'accompagne de poussées aiguës de péritonite et d'augmentation du volume du kyste par hémorragie. »

Dans l'histoire de cette malade, il n'y a à noter que des crises douloureuses, plus ou moins généralisées dans l'abdomen. Mais il faut aussi remarquer que, contrairement aux quatre observations citées plus haut, chacune des crises a été plus intense et plus durable que la précédente; qu'elles se sont reproduites à de longs intervalles, et qu'enfin elles ont toujours été indépendantes de la fonction cataméniale.

Kœberlé avait publié un fait de ce genre en 1878 dans la *Gazette de Strasbourg*, et Thornton dans son *Mémoire* de 1888 en cite quatre cas.

Il semble rationnel de penser que chez ces malades tous les accidents sont dus à la rotation du kyste et à l'étranglement des vaisseaux du pédicule. Boursier conclut ainsi: « Ou bien la torsion pédiculaire disparaît après chaque crise pour se reproduire au moment de la crise suivante, ou bien au contraire le terrain ne ferait que s'augmenter par poussées successives, au moment de chaque période d'accidents. La disparition des phénomènes aigus serait due chaque fois à une sorte d'accoutumance de la tumeur à une circulation amoindrie.

» Tout, dans l'observation, paraît devoir faire accepter cette seconde hypothèse: la fixité de la tumeur à la même place, son peu de volume, l'existence et l'âge des adhérences intestinales qui se seraient opposées à la détorsion. Enfin la gravité et la durée croissante des crises semblent montrer que la circulation devenait, à chaque attaque, plus difficile et plus amoindrie. En somme, chaque crise marque un pas en avant vers l'étranglement complet par à-coups successifs séparés des périodes d'immobilité. »

Il nous a paru utile d'insister sur tous ces cas où les accidents ont été si variables d'intensité, et d'allures si différentes, que la cause en a été méconnue.

Et, comme tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à regarder les accidents de torsion pédiculaire comme une indication formelle de l'ovariotomie, il est du plus grand intérêt de connaître, aussi exactement que possible, les différentes formes cliniques que peut engendrer cette lésion.

Lorsque l'étranglement est complet, torsion brusque, le diagnostic est relativement facile. Les accidents sont foudroyants comme intensité et rapidité.

Tout à coup, sans cause appréciable, ou à l'occasion d'un mouvement, d'un saut, d'une exploration, etc., la malade éprouve dans le bas-ventre une sensation de déplacement, de déchirement interne, qui s'accompagne immédiatement d'une douleur violente. Cette douleur, localisée tout d'abord dans la tumeur et plus spécialement au niveau de son pédicule, est assez semblable aux coliques hépatiques ou néphrétiques. Elle s'irradie vers la région lombaire du même côté, la cuisse correspondante, et bientôt se généralise à tout l'abdomen.

Presque aussitôt apparaissent des symptômes généraux d'une violence extrême. La malade éprouve un malaise inexprimable ; elle est prise de vomissements muqueux, bilieux, parfois fécaloïdes, sans que l'intestin soit pris dans la torsion.

La respiration, gênée par suite des mouvements douloureux du diaphragme, prend le type costal supérieur. Le pouls s'accélère et atteint 100-110 pulsations, et même davantage ; il est petit, filiforme. La température reste normale. Le facies s'altère et la peau se couvre d'une sueur froide.

La tumeur a notablement augmenté de tension et de volume, elle est devenue fixe.

Mouls, dans sa thèse de doctorat, en mars 1890, signale pour la première fois deux symptômes très importants constatés dans deux de ses observations : un souffle systolique perçu à l'auscultation au niveau du pédicule, et l'ondulation en masse de la tumeur, synchrone de la pulsation artérielle.

Un peu plus tard, Reboul (de Marseille), en septembre 1890, faisait une communication au *Mercredi médical*. « Dans trois cas, dit-il, j'ai constaté deux signes qui m'ont permis, particulièrement dans le dernier, d'affirmer le diagnostic exact avant l'intervention. Ces deux signes sont : un bruit de souffle, très net, systolique, siégeant au point douloureux, c'est-à-dire au niveau du pédicule du kyste ; un mouvement en masse de la tumeur, donnant la sensation d'un soulèvement, d'un glissement, d'une ondulation et coïncidant avec le battement artériel. »

Les symptômes si graves que nous avons signalés ne se rattachent pas à la péritonite, elle n'existe pas encore ; ils sont la conséquence de la torsion, et voici comment on l'explique.

On sait que les irritations les plus légères et les plus superficielles, mais brusques, des organes de l'abdomen tributaires du plexus solaire peuvent provoquer des symptômes généraux très graves par ordre de réflexes, alors que des lésions profondes des mêmes tissus, à évolution lente, passent quelquefois inaperçues. Or l'ovaire reçoit des filets nerveux du plexus solaire, et l'excitation de leurs branches contenues dans le pédicule du kyste explique suffisamment ces phénomènes. On constate, du reste, des symptômes analogues à la suite de l'ovariotomie, de l'hystérectomie et des opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux internes de la femme. Martin l'a démontré dans sa thèse de doctorat (1888) intitulée : « Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. »

Il est une autre source de dangers dans la torsion du pédicule qui peut se produire d'une façon précoce : c'est l'hémorragie.

Elle peut être mortelle, comme Spencer Wells l'a constaté deux fois.

« Un jour, dit-il, j'arrivais à Brixton avec M. Fowler (de Kensing-

ton) pour opérer une jeune dame, quand on m'apprit qu'elle venait de mourir subitement deux heures avant notre arrivée. L'examen nécroscopique montra que la mort était due à une vaste extravasation sanguine, qui s'était faite d'abord dans le kyste ovarien, puis, après la rupture de ce dernier, dans la cavité abdominale et qui était évidemment due à la torsion du pédicule produite par la rotation du kyste non adhérent. Une autrefois, j'allais à l'hôpital des incurables de Putney pour y voir une malade, selon le désir de M. Créan ; elle avait été trouvée morte le matin dans son lit. Malgré le règlement de l'établissement, j'ouvris l'abdomen et enlevai un kyste ovarique volumineux, mobile, qui contenait plus de cinq livres de caillots sanguins. L'hémorragie avait été causée par la torsion d'un long pédicule »

Patruban rapporte aussi un cas de mort par hémorragie, quatre heures après le début des accidents.

On constate alors les symptômes de l'hémorragie interne : pâleur des téguments, refroidissement du corps et surtout des extrémités, pouls petit, filiforme, irrégulier, et bientôt, convulsions et syncope finale. Quand les parois du kyste ne se déchirent pas sous l'effort de la pression sanguine, elles se dilatent, et un symptôme facile à constater, c'est l'augmentation considérable du volume de la tumeur.

L'hémorragie peut quelquefois entraîner la mort et produire une anémie profonde, accompagnée de quelques symptômes abdominaux. L'intervention chirurgicale peut être tentée avec chance de succès.

L'observation de Spencer Wells mérite d'être citée :

Une dame de Moscou vint à Londres en mai 1879, après un voyage qu'elle avait été obligé d'interrompre à Berlin, où elle avait été prise de douleurs abdominales intenses et de vomissements. Elle avait vingt-quatre ans, s'était mariée en janvier 1873, avait eu son premier enfant au mois de novembre suivant, avait avorté en 1875, 1876, 1877, et avait eu un deuxième enfant en octobre 1878.

En 1876, avant son deuxième avortement, elle avait constaté la présence d'une tumeur de la grosseur du poing du côté gauche de l'abdomen. Après l'avortement, celle-ci atteignit le volume d'une tête

d'enfant et resta ainsi stationnaire pendant les autres grossesses. Le dernier accouchement avait été normal, mais l'abdomen avait continué à augmenter de volume, quand elle quitta Moscou pour venir me consulter. Elle resta donc une semaine à Berlin par suite de l'attaque dont j'ai parlé plus haut et qui était due, selon moi, à une torsion du pédicule.

A son arrivée à Londres, les douleurs et les vomissements avaient reparu. Elle était extrêmement faible et exsangue ; sans perdre de temps, je l'opérai trois jours après son arrivée. Je trouvai, comme je m'y attendais, une grande quantité de caillots dans un kyste en état de décomposition et un pédicule étroit, cordiforme, tellement tordu qu'il en était presque rompu. Il n'y avait pas de fétidité. Des adhérences récentes à l'épiploon et aux anses intestinales étaient les sources de l'apport du sang à la tumeur qui siégeait à l'ovaire gauche, L'ovaire droit, hypertrophié et kystique, fut également enlevé, la malade guérit sans fièvre, reprit ses couleurs et m'envoya dernièrement son portrait colorié, pour me montrer la différence entre la pâleur livide qu'elle présentait au moment de l'opération et l'aspect de bonne santé qu'elle possède maintenant.

Lorsque la torsion du pédicule a occasionné la constriction absolue des artères et des veines, le danger de l'hémorragie est écarté. Mais alors le kyste est privé de ses moyens de nutrition, et la gangrène peut survenir. Il se produit un état d'empoisonnement, une espèce de septicémie et d'infection suivie de mort le plus souvent, si l'on n'intervient pas tout de suite. En 1879, L. Tait (*Traité des maladies des ovaires*) observa trois cas de torsion du pédicule avec gangrène du kyste. Les trois malades furent opérées avec succès. L'une d'entre elles était enceinte de quatre mois et âgée de trente-six ans. On avait remarqué un développement trop rapide de l'abdomen pour qu'on pût penser à une grossesse ordinaire. Des douleurs abdominales aiguës, suivies de malaises, firent décider l'intervention. On trouva un kyste parovarien du côté droit, dont le pédicule était tordu trois fois. La tumeur était sphacélée. La grossesse arriva à terme sans accidents.

Thornton, Spencer Wells, Brantk, Barnes, Heywood-

Smith, Kidd, ont observé des cas analogues, et tous sont d'avis d'opérer rapidement, dès que l'on est moralement certain du diagnostic. Il arrive parfois que des malades atteintes de kystes de l'ovaire, ayant éprouvé les accidents de la torsion, voient tout à coup la tumeur diminuer sensiblement de volume ou même disparaître. C'est la rupture du kyste qui vient de se produire. Une péritonite aiguë en est généralement la conséquence.

Dans d'autres cas, tous ces phénomènes, menaçants pendant quelques jours, diminuent peu à peu d'intensité et les malades entrent dans la phase chronique de leur maladie. On voit bientôt survenir les symptômes d'une péritonite localisée.

Les adhérences s'établissent entre la tumeur et les organes voisins (intestin, épiploon, paroi abdominale). Si l'apport sanguin est insuffisant, le kyste peut subir la dégénérescence graisseuse ou calcaire; si la nutrition est suffisante, après un temps d'arrêt la tumeur continue à augmenter de volume.

Les malades sont continuellement tourmentées par des douleurs de ventre extrêmement pénibles, par de la gêne qui les rend souvent impropres à tout travail. Elles sont souvent obligées de garder le lit. Il survient des œdèmes, de l'amaigrissement; elles prennent l'aspect complet des cachectiques. Leur facies terreux, leur teint jaune paille, ferait songer à une tumeur maligne si on ne connaissait pas la malade. C'est à cette période qu'il peut se produire de l'ascite. D'après Lucas Championnière, c'est un symptôme funeste pour la malade.

V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est toujours plus facile pour le médecin qui sait que la malade est atteinte d'un kyste. Il pense tout de suite à cette complication, si la malade lui raconte qu'à l'occasion d'un mouvement brusque, d'un saut, ou bien de l'accouchement, elle a éprouvé une sensation de déplacement de la tumeur et une douleur violente, bientôt accompagnée de vomissements. Si, par un examen attentif, il constate l'immobilité de la tumeur, si celle-ci a augmenté rapidement de volume, présente une tension extrême, il est en droit de diagnostiquer la torsion du pédicule. Comme tous les cas ne sont pas typiques, il doit s'aider de tous les moyens pour s'affermir dans son idée. Il recherchera donc s'il existe un souffle systolique intense au niveau du pédicule et une ondulation en masse de la tumeur correspondant à l'ondée sanguine.

On sait que Moulis et Reboul (de Marseille) ont noté ces deux signes. M. Tédénat l'a observé dans un cas, et, à cause de la dureté de la tumeur adhérente à l'utérus, avait pensé à un myome.

On peut aussi pratiquer la ponction exploratrice, avec des soins antiseptiques rigoureux, mais il faut savoir qu'un liquide sanglant ou purulent est commun à beaucoup de tumeurs abdominales.

Cette opération ne fixera donc le chirurgien que si le liquide est couleur chocolat, à odeur gangréneuse. « C'est un

signe pathognomonique, dit Terrillon, car le sphacèle d'une tumeur de l'ovaire ne peut guère survenir que par la torsion de son pédicule. »

On ne doit pas confondre la torsion avec la rupture ; dans le premier cas, le volume de la tumeur augmente et diminue dans le second. Cette erreur que Barnes commit au sujet d'une femme enceinte atteinte de kyste est, du reste, sans importance, car, dans les deux cas, l'opération s'impose.

L'apparition subite d'une péritonite aiguë est une conséquence presque fatale de la rupture.

L'étranglement du pédicule par des brides fibreuses est impossible à différencier d'avec la torsion. Quant à la séparation du pédicule, il se manifeste par une mobilité plus ou moins grande, subordonnée au nombre des adhérences.

Si les phénomènes cliniques qui caractérisent la torsion brusque sont observés par le médecin, mais atténués, il se trouve en présence d'un cas de torsion lente.

Mais, où le diagnostic devient d'une difficulté extrême, c'est lorsque la tumeur est ignorée et du médecin et de la malade. La torsion est alors le signe révélateur d'un kyste de l'ovaire jusque-là méconnu. Il faut procéder par exclusion et éliminer toutes les causes capables de produire les mêmes accidents ; c'est surtout l'occlusion intestinale et l'hématocèle péri-utérine. Ce diagnostic différentiel doit se faire, du reste, quand les symptômes de la torsion d'un kyste connu ne sont pas très nets.

L'étranglement interne occasionne, comme la torsion, une douleur subite, violente, des vomissements muqueux ; mais le ballonnement considérable du ventre, la fréquence des vomissements, qui deviennent fécaloïdes, la constipation absolue et l'absence d'émission de gaz par le rectum, permettent de faire le diagnostic d'étranglement interne.

La torsion d'un kyste du petit bassin, survenant au moment

des règles, présente d'abord les mêmes symptômes que l'hématocèle péri-utérine : douleur vive, subite, à tendance syncopale, pouls petit et filiforme, etc..., mais la tumeur formée par l'hématocèle est rarement limitable, comme un kyste ovarique, sa consistance est élastique, fluctuante dans certains cas, puis, au bout de trois semaines, elle devient compacte et pâteuse. Ces indications permettent quelquefois de déterminer la cause des accidents. Si le kyste est rompu et a produit une hémorragie, il est presque impossible de ne pas commettre une erreur. Il y a, du reste, beaucoup de difficultés à établir un diagnostic précis. D'autant plus que l'examen de la malade est rendu souvent impossible, à cause de la sensibilité extrême du ventre et des douleurs que le moindre contact exaspère. Aussi est-on autorisé à faire une incision exploratrice pour fixer son diagnostic et afin d'intervenir immédiatement dans ces cas graves et rapidement mortels.

VI

PRONOSTIC

L'exposé des différents accidents consécutifs à la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire laisse prévoir combien le pronostic d'une semblable complication sera variable.

D'après Terrillon, il faut distinguer quatre variétés de cas :

1° Cas dans lesquels la torsion se fait si lentement qu'elle ne se traduit par aucun accident.

La torsion est alors un événement favorable. Elle devient un obstacle à la nutrition du kyste, qui diminue de volume, et parfois subit la dégénérescence graisseuse ou calcaire. Il y a guérison par atrophie.

Bennet a cité un exemple de ce mode de guérison pour une tumeur volumineuse.

2° Cas dans lesquels la torsion a produit des accidents légers.

La malade a éprouvé quelques douleurs du météorisme, mais on a vu la tumeur suivre la même marche régressive que dans la catégorie précédente, et se résorber.

3° Cas dans lesquels se produisent des phénomènes graves au début, mais durant peu de temps et diminuant ensuite.

Le pronostic s'aggrave dans cette variété. Les symptômes alarmants s'atténuent peu à peu, mais bientôt apparaissent les signes d'une péritonite partielle et localisée au pourtour de la tumeur.

Il se forme des adhérences, souvent très vasculaires, qui constitueront de grandes difficultés plus tard, lorsqu'il s'agira

d'opérer ces malades. Les parois du kyste et du pédicule subissent un travail de dénutrition, ce qui augmente encore les chances d'accidents pour la malade.

4° Cas dans lesquels l'étranglement rapide s'accompagne des phénomènes de péritonite aiguë.

La mort est si rapide, quelquefois, que l'on n'a pas le temps d'intervenir. Elle peut être produite par l'hémorragie ou par une anémie aiguë.

La rupture du kyste est plus fréquente dans ces cas ; survient alors la péritonite aiguë ou la septicémie.

La tumeur peut être mortifiée, et la malade meurt dans le marasme et la cachexie. On voit aussi se produire l'occlusion intestinale qui vient encore assombrir le pronostic.

La grossesse et la puerpéralité sont deux circonstances fâcheuses, puisque, sur neuf opérées dans ces conditions, avant ou après l'accouchement, il y eut trois cas de morts et six guérisons. (Koeberlé.)

VII

TRAITEMENT

Tous les chirurgiens sont d'accord que le seul traitement rationnel, pour les malades présentant les accidents de la torsion du pédicule, consiste à pratiquer aussitôt l'ovariotomie. L'urgence est aussi absolue que dans la hernie étranglée. Les chances de succès seront d'autant plus grandes, que l'opération sera faite de meilleure heure.

Boiffin (de Nantes) a publié en 1893 deux cas de torsion du pédicule, amenés par la gêne de la circulation veineuse. Dans un cas, l'intervention a été pratiquée soixante heures après le début des accidents, et avec succès. L'autre cas amena le décès dix jours après l'opération. La malade avait retardé depuis six mois l'intervention.

La temporisation expose à de graves dangers : hémorragie, gangrène, rupture du kyste, péritonite aiguë. Si ces complications existent, la malade est déprimée par l'hémorragie et la douleur ; mais ce ne sont pas de contre-indications à la laparatomie. Elles doivent au contraire la faire hâter. Les exemples sont nombreux où des malades atteintes de gangrène (Lawson-Tait), ou de péritonite (Terrillon), ont guéri après l'opération, qui a, du même coup, arrêté la marche des accidents secondaires.

La grossesse ne doit pas empêcher d'opérer, mais on aura la précaution de faire l'incision de la paroi abdominale aussi petite que possible pour éviter l'éventration qui se produirait, si la grossesse arrivait à terme, et l'on tâchera de ne pas bles-

ser l'utérus ou de provoquer ses contractions par un liquide antiseptique trop chaud. La température ne dépassera pas 38°.

Pour la torsion lente, l'intervention chirurgicale, quoique moins urgente, s'impose dès le début. L'opération aura plus de chances de succès s'il n'existe pas d'adhérences, ou si elles sont récentes, qu'avec des adhérences anciennes et solides qui ne manqueraient pas de s'établir rapidement. Dans un cas d'adhérences, Pozzia a préféré commencer l'ovariotomie par la section du pédicule et procéder à la ligature successive des adhérences en faisant pivoter le kyste de bas en haut.

La nécessité de l'antisepsie est trop absolue pour que nous indiquions son emploi.

Nous rappellerons pour mémoire que Vercoutre avait eu l'idée ingénieuse de produire artificiellement la torsion, afin d'obtenir l'atrophie du kyste. Il avait soigneusement décrit le manuel opératoire à suivre pour provoquer la torsion, mais ses expériences faites sur des cordons ombilicaux ont été trop peu concluantes pour faire accepter ce procédé.

CONCLUSIONS

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est assez fréquente (6 à 7 pour 100), mais ce chiffre tend à s'abaisser d'après les dernières statistiques.

Les causes de la torsion ne sont pas bien déterminées ; on la voit survenir le plus souvent à l'époque des règles, pendant ou après un accouchement ou après un effort.

La torsion se manifeste par des symptômes graves, alarmants, ou par des symptômes bénins.

C'est surtout dans ces derniers cas que le diagnostic est difficile. On doit donc songer à cette complication quand une malade atteinte de kyste de l'ovaire signale, pendant l'évolution de sa tumeur, des douleurs de ventre plus ou moins vives revêtant la forme de poussées successives de péritonite.

Les symptômes graves et presque caractéristiques de la torsion sont : l'augmentation rapide du volume de la tumeur, sa fixité, sa tension, une douleur brusque localisée d'abord dans le bas-ventre du côté de la tumeur et qui se généralise souvent à tout l'abdomen.

Il peut alors se produire des accidents sérieux : une hémorragie plus ou moins abondante, la rupture du kyste ou la chute de la tumeur dans l'abdomen après gangrène du pédicule.

Ou bien le kyste contracte des adhérences et continue à évoluer ; on l'a vu s'atrophier mais très rarement.

Le pronostic est généralement grave. Que la torsion soit brusque ou lente, l'opération s'impose, car les accidents légers de la torsion lente doivent faire redouter les phénomènes aigus de la torsion brusque.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HARDY. — *Lancet*, 1845, 5 avril.
RIBBENTROPP. — *Preuss. Vereinsz*, 1826, n° 1.
VAN BUBEN. — *New-York. J.*, 1850.
WILLIGK. — *Rag. Viertelj. schr.*, 1854, n° 4, p. 112.
PATRUBAN. — *Æstr. Zeitschr. für prakt. Heilkde Wien*, 1855.
ROKITANSKY. — *Wiener allgm. med. Zeitg.*, 1860, n° 4.
TURNER. — *Edimb. med. J.*, février 1861.
HESCHL. — *Wiener. allgm. m. Zeitg.*, 1862, n° 21.
CROME. — *Am. med. J. av.*, 1861, p. 275.
WILTSHIRE. — *Tr. of the path. Soc. of London. V. XIX*, p. 295.
PEASLEE. — *Am. J. of. obst.*, VI, p. 276.
PARRY. — *Ibid.*, IV, p. 254.
KLOB. — *Obst. Zeitsch.* 1865, n° 18.
ROKITANSKY. — *Obstr. Zeitg. f. pr. Med.*, 1865, n° 7.
SPENCER WELLS. — *Mal. des ovaires*, 1865-72.
ATLEE. — *Gen. and. diff. diahn. of. ov. tum.*, p. 187.
WAGNER. — *Monatsch. f. Gebd. B.* 32, 1868, p. 355.
TAIT. — *Edimb. med. J.*, 1869, déc., 503 p.
KIDD. — *Dubl. quartl. j. of. med. sc.*, vol. L., p. 198, 1870.
BARNES. — *London. obst. transact.* XI, p. 211, 1870.
GANPP. — *Wurtbm. med. cow. B. l.*, 1872, n° 7.
KOEBERLÉ. — *Gaz. med. Strasbourg*, 1874, n° 7.
LÉOPOLD. — *Arch. f. Gyn.* VI, 2, 1874, p. 232.
THORNTON. — *Lancet*, 1875, II, p. 665.
ROHRIG. — *Arch. f. Kl. med.* 1876, XVIII, p. 340.
FREUND. — *Berl. Kl. Woch.*, 1877, p. 52.
STANSBOURG. — *Chicago. med. j.*, nov. 1876.
MALINS. — *Lancet*, 1877. V. n° 15.
THORNTON KNOWSBY. — *Obst. J. of. grad. Br.*, fév. 1888.
id. *Med. Timos and gaz.* 1877. VIII.

- DANNIEN. — Arch. f. Kl. chr. XXII. fasc. 4, p. 973, 1878.
DUMEICHER. — Wien. med. pr. 1878, p. 86.
KOEBERLÉ. — Gaz. med. Strasbourg, 1878.
VERCOUTRE. — 1879. Annales de Médecine Militaire.
GALLEZ. — Bruxelles, 1879.
BREISKY. — Progr. med. Woch., 1879, p. 20.
GNENTHER. — Diss. Berlin, 1879.
SCHROEDER. — Berl. Klin. Woch., déc. 1879.
TAIT. — 1880. The obstet. Soc. of London.
HENRY. Amer. j. of obst. XIII, 1880, p. 388.
SCHROEDER. — Berlin. Klin. Woch., 29 déc., 1880.
LUMNICZER. — C. f. gyn., 1880, n° 6.
WERTH. — Arch. f. gyn., 1880, XV, 412.
COURTY. — 1881. Traité des maladies des femmes.
THORNTON. — Tr. obst. Soc. of London, 1881, XXIII, p. 104.
DUPLAY. — Soc. de chirurgie, 1881, 27 avril.
THIRIAR. — Brnxelles, 1882. De l'ovariotomie antiseptique.
ARONSON. — Zurich., 1882.
HUE. — Th. de Paris, 1883.
THORNTON. — Tr. obst. J. of London, 1883, XXIII, p. 104.
FRANKEL. — Arch. de Fischow., 1883.
MALINS. — Lancet., 1883, p. 587, 1883.
VEIT. — Zeitsch, f. Gyn., IX, p. 229, 1883.
BAUGMGARTEN. — Virch. arch. B. 97, p. 18, 1884.
BOINET et FERRAND. — Dict. encycl., 2 série, t. XXIX, p. 74, 1884.
HEURTAUX. — Arch. tocol., 15 mai 1886.
OLSHAUSEN. — Tumeurs des ovaires, p. 106. (Deutsche chirurgie : Billioth et Luecte).
PÉAN. — Cliniques chirurg. de l'hôpital S. Louis, 1886.
PARIZOT. — Th. de doctorat, Paris, 1886. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.
L. TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Traduct. française par Olivier. 1886.
TERRILLON. — Rev. chir., 1887.
MONOD, REBOUL et VALAT. — Soc. anat., 1887.
P. SEGOND. — Encyclopédie internationale de chirurgie. Tome VII, p. 630.
TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale professées à la Salpêtrière, 1889.

- REBOUL (de Marseille).— Diagn. de la torsion du péd. des kystes de l'ovaire. Mercredi médical, sept. 1890.
- MOULS.— Contribution à l'étude de la torsion du péd. des kystes de l'ovaire. Th. de Paris, 1890.
- LAWSON-TAIT.— Torsion du péd. des kystes de l'ovaire, rapport dans la Semaine médicale, 1891.
- BOURSIER.— De quelques formes cliniques de la torsion du péd. des kystes de l'ovaire. Congrès français de chir., 1892.
- IMBERT.— Quelques considérations sur la torsion du péd. des kystes de l'ovaire. Montpellier méd., 1892.
- BOIFFIN (de Nantes).— De la torsion du péd. des kystes de l'ovaire. Arch. prov. de chir., Paris, 1893.
- SIMPSON.— Trois cas de torsion du péd. de tumeurs ovariennes, Edimb. medical journal, août 1894.
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 mars 1895.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 mars 1895.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
